

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNEE 1936

THÈSE

N° .....

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

**Henri HESRY**

Né le 26 Juin 1910, à SAINT-JACUT-DE-LA-MER (Côtes-du-Nord)

---

Essai sur les relations entre la migraine,  
l'épilepsie,  
l'urticaire et l'œdème de Quincke,  
l'asthme, le coriza spasmodique,  
la psychose dépressive  
ETUDE CLINIQUE

---

*Président : M. CLAUDE, Professeur*

---

PARIS  
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS  
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

---

1936



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNEE 1936

# THÈSE

N° .....

POUR LE

## DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

**Henri HESRY**

Né le 26 Juin 1910, à SAINT-JACUT-DE-LA-MER (Côtes-du-Nord)

---

Essai sur les relations entre la migraine,  
l'épilepsie,  
l'urticaire et l'œdème de Quincke,  
l'asthme, le coriza spasmodique,  
la psychose dépressive  
ETUDE CLINIQUE

---

*Président : M. CLAUDE, Professeur*

---

PARIS  
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS  
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

---

1936

## I. — Professeurs

MM.

Anatomie .....  
 Physiologie .....  
 Physique médicale .....  
 Chimie médicale .....  
 Bactériologie .....  
 Parasitologie et histoire naturelle médicale .....  
 Pathologie médicale et générale .....  
 Pathologie médicale .....  
 Pathologie chirurgicale .....  
 Anatomie pathologique .....  
 Histologie .....  
 Pharmacologie et matière médicale .....  
 Thérapeutique .....  
 Hygiène et médecine préventive .....  
 Médecine légale .....  
 Histoire de la médecine et de la chirurgie .....

Pathologie expérimentale et comparée .....  
 Hydrologie thérapeutique et climatologie .....

Clinique médicale .....

Hygiène et clinique de la première enfance .....  
 Clinique des maladies des enfants .....  
 Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale .....  
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques .....  
 Clinique des maladies du système nerveux .....  
 Clinique des maladies infectieuses .....

Clinique chirurgicale .....

Clinique ophtalmologique .....  
 Clinique urologique .....

Clinique d'accouchements .....

Clinique gynécologique .....  
 Clinique chirurgicale infantile et orthopédie .....  
 Clinique thérapeutique médicale .....  
 Clinique oto-rhino-laryngologique .....  
 Clinique thérapeutique chirurgicale .....  
 Clinique propédeutique .....  
 Clinique de la Tuberculose .....  
 Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte .....  
 Cardiologie clinique .....

Professeurs sans chaire .....

ROUVIERE  
 Léon BINET  
 STROHL  
 DESGREZ  
 Robert DEBRÉ  
 BRUMPT  
 BAUDOUIN  
 ABRAMI  
 CHEVASSU  
 ROUSSY  
 CHAMPY  
 THIEFFNEAU  
 HARVIER  
 TANON  
 BALTHAZARD  
 LAIGNEL  
 LAVASTINE  
 FIESSINGER  
 Maur. VILLARET  
 LOEPER  
 CARNOT  
 CLERC  
 Marcel LABBE  
 LEREBoullet  
 NOBECOURT  
 H. CLAUDE  
 GOUGEROT  
 GUILLAIN  
 LEMIERRE  
 CUNEO  
 GOSSET  
 GREGOIRE  
 LENORMANT  
 TERRIEN  
 MARION  
 BRINDEAU  
 COUVELAIRE  
 JEANNIN  
 MOCOQUOT  
 OMBREDANNE  
 RATHERY  
 LEMAITRE  
 Pierre DUVAL  
 SERGENT  
 BEZANÇON  
 MATHIEU  
 LAUBRY

HOVELACQUE  
 MULON  
 OLIVIER  
 VERNE

## II. — Agrégés en exercice

MM.

AMELINE..... Pathologie chirurgicale.  
 BARIETY ..... Pathologie médicale.  
 BERNARD Henri Pathologie médicale.  
 BERNARD Et... Pathologie médicale.  
 BESANÇON (J.) Hydrologie.  
 BOULIN ..... Pathologie médicale.  
 BULLIARD ..... Histologie.  
 CATHALA ..... Pathologie médicale.  
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.  
 COSTE ..... Pathologie médicale.  
 DOGNON ..... Physique.  
 FEY ..... Urologie.  
 FUNCK-  
 BRENTANO Pathologie chirurgicale.  
 GALLIARD .... Parasitologie.  
 GASTINEL .... Bactériologie.

MM.

DE GAUDART  
 D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.  
 DE GENNES... Pathologie médicale.  
 GAYET ..... Physiologie.  
 GIROUD ..... Histologie.  
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.  
 HALPHEN ..... Oto-rhino-laryngologie.  
 HAZARD ..... Pharmacologie.  
 HUGUENIN ..... Anatomie pathologique  
 JOANNON ..... Hygiène.  
 LABBE Henri.. Chimie biologique  
 LACOMME ..... Obstétrique.  
 LANTUEJOL... Obstétrique.  
 LAROCHE Guy. Pathologie médicale  
 LELONG ..... Pathologie médicale.

## MM.

|                             |                            |
|-----------------------------|----------------------------|
| LEMAIRE .....               | Pathologie expérimentale.  |
| LEVEUF .....                | Pathologie chirurgicale.   |
| LEVY (M <sup>me</sup> J) .. | Pharmacologie.             |
| LEVY-VALENSI.               | Neurologie et Psychiatrie. |
| MENEGAUX ..                 | Pathologie chirurgicale.   |
| MOLLARET ...                | Pathologie médicale.       |
| MOREAU .....                | Pathologie médicale.       |
| MOULONGUET.                 | Pathologie chirurgicale.   |
| MOUQUIN .....               | Pathologie médicale.       |
| OBERLING ....               | Anatomie pathologique.     |
| PETIT-                      |                            |
| DUTAILLIS.                  | Pathologie chirurgicale.   |

## MM.

|                |                          |
|----------------|--------------------------|
| PIÉDELIEVRE.   | Médecine légale          |
| PORTES .....   | Obstétrique.             |
| RENARD (L.).   | Ophtalmologie.           |
| RICHET .....   | Physiologie.             |
| SANNIE .....   | Chimie biologique.       |
| SÉNEQUE .....  | Pathologie chirurgicale  |
| TROISIER ..... | Pathologie expérimentale |
| TURPIN .....   | Pathologie médicale.     |
| VIGNES .....   | Obstétrique.             |
| WILMOTH ....   | Pathologie chirurgicale  |

## III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

## MM.

|               |                          |
|---------------|--------------------------|
| ALGLAVE ..... | Pathologie chirurgicale. |
| BUSQUET ..... | Pharmacologie.           |
| CHAILLEY-     |                          |
| BERT .....    | Physiologie.             |

## MM.

|               |                       |
|---------------|-----------------------|
| LEROUX .....  | Anatomie pathologique |
| NEVEU-        |                       |
| LEMAIRE       | Parasitologie         |
| PHILIBERT ... | Bactériologie.        |

## IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

## MM.

|               |                     |  |
|---------------|---------------------|--|
| ALAJOUANINE.  | } Clinique médicale |  |
| AUBERTIN .... |                     |  |
| BRULE .....   |                     |  |
| CHABROL ..... |                     |  |
| CHIRAY .....  |                     |  |
| DONZELOT .... |                     |  |
| DUVOIR .....  |                     |  |
| LIAN .....    |                     |  |
| VALLÉRY-RADOT |                     |  |
| (Pasteur).    |                     |  |
| SEZARY .....  |                     |  |

## MM.

|                 |                         |  |
|-----------------|-------------------------|--|
| BASSET .....    | } Clinique chirurgicale |  |
| BROCQ .....     |                         |  |
| CADENAT .....   |                         |  |
| GATELLIER ..... |                         |  |
| HEITZ-BOYER ..  |                         |  |
| MOURE .....     |                         |  |
| QUENU .....     |                         |  |
| SCHWARTZ .....  | } Clinique obstétricale |  |
| VELTER .....    |                         |  |
| ECALLE .....    |                         |  |
| GUENIOT .....   |                         |  |
| LE LORIER ....  |                         |  |
| LÉVY-SOLAL ...  |                         |  |
| METZGER .....   |                         |  |

## V. — Chargés de cours

## MM.

|                        |                     |
|------------------------|---------------------|
| CHAILLEY-BERT, agrégé. | Education physique  |
| LEDOUX-LEBARD .....    | Radiologie clinique |
| PHILIBERT, agrégé..... | Stomatologie.       |
| RUPPE .....            | Microbiologie.      |
| WEIL-HALLÉ .....       | Puériculture.       |

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

## A LA MEMOIRE DE MA GRAND'MERE

En témoignage de notre souvenir.

## A MES PARENTS

Avec l'expression de notre reconnaissance et de notre affection.

## A MA FEMME

Avec ma plus profonde affection.

## A MA SŒUR

Souvenir reconnaissant.

## A MES BEAUX-PARENTS

## A TOUS LES MIENS

## A MES AMIS



A MONSIEUR LE PROFESSEUR CLAUDE

Qui nous a fait le grand honneur  
d'accepter la présidence de cette thèse.  
Qu'il veuille bien trouver ici l'expres-  
sion de nos très respectueux remer-  
ciements.

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LAMACHE

*Ancien Chef de Clinique de la Faculté de Médecine de Paris*  
*Professeur à l'Ecole de Médecine de Rennes*

Qui nous a inspiré le sujet de notre travail ; nous nous permettons de lui adresser tous nos remerciements pour la bienveillance qu'il nous a témoignée.

A MES MAÎTRES DE L'ECOLE DE MÉDECINE  
ET DES HÔPITAUX DE RENNES

A MES CAMARADES

Essai sur les relations entre la migraine,  
l'épilepsie, l'urticaire et l'œdème de Quincke,  
l'asthme, le coriza spasmodique,  
la psychose dépressive

---

## INTRODUCTION

La découverte de l'anaphylaxie par le Professeur RICHET, les travaux du Professeur WIDAL et de ses élèves : ABRAMI, BRISSAUD, JOLTRAIN, sur le choc colloïdo-clasique, ont élargi les horizons de la médecine. Beaucoup de maladies dites autrefois « essentielles » par ignorance de leurs causes ont trouvé dans ce phénomène une origine commune. Outre l'asthme, ce fut le cas de la migraine, du coryza spasmodique, de l'urticaire et de l'œdème de Quincke, de la psychose dépressive, de l'épilepsie. Les auteurs sont d'accord pour reconnaître la même nature à ces différentes affections, sauf peut-être pour l'épilepsie. A ce sujet les avis sont partagés ; certains prétendent qu'à la base de l'épilepsie il y a toujours une lésion organique visible ou non macroscopiquement ; d'autres tout en reconnaissant cette origine pour certaines crises, assimilent dans d'autres cas l'épilepsie aux états précé-

demment cités et reconnaissent leur même origine ; c'est également notre opinion. A l'aide d'observations cliniques nombreuses, nous allons nous efforcer de montrer qu'entre la migraine, l'épilepsie (tout au moins certaines crises épileptiques), le coryza spasmodique, l'asthme, l'urticaire et l'œdème de Quincke, la psychose dépressive, il existe un lien étroit. Ce lien est tellement étroit que ces différentes affections peuvent coexister, alterner, se succéder, se substituer. . chez le même individu parce qu'ayant la même origine : une sensibilité spéciale produisant dans l'organisme un trouble humoral et cellulaire : un choc colloïdo-clasique.

## HISTORIQUE

Les anciens avaient déjà soupçonné les troubles de la nutrition dans la génèse de ces différentes affections ; c'est ainsi qu'Hippocrate avait rang  la pléthore parmi les causes les plus fréquentes de l'épilepsie. Ils faisaient jouer également un grand rôle à l'hérédité. Il y a beau temps que les tempéraments arthritiques et névropathiques sont connus et invoqués pour expliquer la cause de tous ces maux. Mais ces constatations étaient entourées de mystère ; elles se bornaient pour ainsi dire à des constatations empiriques. Il en fut ainsi jusqu'aux dernières années, époque où les travaux de RICHET sur l'anaphylaxie et les recherches de WIDAL sur la colloïdo-clasie donnèrent une base scientifique à cette explication.

### CORYZA SPASMODIQUE

Du même coup, le coryza spasmodique, dont TROUSSEAU avait le premier en 1868 montré les rapports avec l'asthme, se rangea dans la catégorie de ces affections par choc. En 1920 WALHER montre que le coryza spasmodique peut être la conséquence d'une

sensibilisation spécifique ; il reconnaît de ce fait sa nature anaphylactique possible.

Peu de temps après, HAGUENEAU et WATELET démontrent que certains coryzas spasmodiques sont des troubles imputables à l'anaphylaxie digestive.

Enfin en 1922, Jacques LERMOYER, dans sa thèse, soutient que le coryza est une manifestation de la colloïdo-clasie. Depuis ce temps le coryza spasmodique est considéré comme un accident de choc, le déclenchement de ce choc pouvant être dû soit à une sensibilisation à certaines substances protéiniques ou cristalloïdiques, soit à tout autre facteur.

### L'ASTHME

L'Asthme possède la même histoire. Pendant longtemps on s'appliqua à rechercher à celle-ci une cause d'origine organique : épine irritative au niveau du nez, des bronches, de l'appareil digestif, urinaire et génital, etc... On l'appelait alors « essentielle » lorsqu'on ne trouvait pas de cause. Il en fut ainsi jusqu'à la découverte de l'anaphylaxie qui jeta une lueur au milieu de ce mystère.

### URTICAIRE ET OEDEME DE QUINCKE

Si l'urticaire, que TROUSSEAU décrivait sous le nom de fièvre ortiée et que CAZIN déjà rattachait à la diathèse arthritique, est connue depuis la plus haute antiquité, son étude n'a pris de véritable intérêt qu'à

partir du jour où RICHET, dans ses mémorables expériences eut montré qu'elle représentait le plus fidèle témoin des manifestations anaphylactiques.

### PSYCHOSE DÉPRESSIVE ET CYCLOTHYMIE

De même, cette diathèse colloïdo-clasique permet d'expliquer la nature de la psychose dépressive. En 1909, KAHN rapporte de nombreuses observations où il s'efforce d'établir les rapports entre la psychose dépressive, l'épilepsie, les dermatoses et l'urticaire. Ce même rapport est démontré par les Professeurs TINEL et LAMACHE dans une publication à la Société de Psychiatrie en 1928.

### LA MIGRAINE

La migraine soupçonnée depuis longtemps comme un accident de la nutrition, ne pouvait échapper à cette constatation ; aussi en 1920, PAGNIEZ et NEST reconnaissaient pour la première fois l'origine anaphylactique de la migraine. Elle a été l'objet de travaux intéressants dans ces dernières années. VAUGHAN (de Richmond) s'est attaché de façon toute spéciale à cette étude. En 1927, il rapportait 33 cas étudiés de ce point de vue. En juin 1933, il publiait 63 observations qui confirmaient pleinement cette origine.

## ÉPILEPSIE

Seule l'épilepsie resta et reste encore très discutée ; pourtant elle est connue depuis longtemps. HIPPOCRATE l'appelait déjà la maladie divine ; elle a passé à travers les âges et a porté les noms les plus divers : mal d'Hercule, mal Comitial, mal Caduc, mal de Saint-Jean, le Haut-Mal. La richesse de cette terminologie n'ajouta aucun éclaircissement sur son origine ; la nuit resta profonde autour de la cause morbide. Cependant on finit par la rapprocher de la migraine. Sans remonter très loin, NATAN notait en 1912 l'association de ces deux états dans 36 cas sur 500 de migraines ; tantôt les accidents comitiaux et migraineux se succèdent à de longs intervalles, tantôt ils se rapprochent les uns des autres dans le temps, tantôt même, ils sont intimement liés, la migraine déclenchant une crise d'épilepsie et les deux syndromes finissant par se fusionner.

Dans sa thèse, JEAN (Bordeaux 1925) faisait cette même remarque. Par contre dans son rapport sur la migraine, à la réunion annuelle de 1925 de la Société de Neurologie, CHRISTIANSEN estimait la coïncidence de la migraine avec l'épilepsie tout à fait exceptionnelle et dans ces cas, disait-il, on constate presque toujours que le migraineux a été victime d'un traumatisme cranien. A cette même réunion, PASTEUR-VALLÉRY-RADOT arrive à une conclusion identique ; voici ses propres paroles : « Les cas où l'épilepsie succède à la migraine ou alternent avec elle sont excep-

tionnels, les seuls faits troublants sont ceux ou des symptômes comitiaux accompagnent le syndrome migraineux. Mais dans ces cas on peut se demander s'il n'existe pas une lésion méningo-corticale. »

Dernièrement, en 1935, ABADIE revenait sur cette question : d'après lui la conception d'une épilepsie essentielle aurait vécu ; on ne doit plus parler que de syndromes épileptiques dans l'étiologie desquels les lésions acquises du système nerveux jouent un rôle capital.

Par contre MARINESCO aurait été un des premiers frappé de la ressemblance de l'attaque d'épilepsie et du choc anaphylactique, ressemblance exposée en 1915 par BUSCAÏNO.

PAGNIEZ mit la chose au point et admit une parenté entre la migraine et l'épilepsie en raison de l'hérédité similaire, du déclenchement des deux crises par les mêmes causes, de l'existence de modifications vasomotrices intra-craniennes et au début du moins, de troubles humoraux dans un cas connu ; dans l'autre, de l'annonce fréquente de la migraine comme de l'épilepsie par un *aura* et de nombreux cas de coïncidence de ces deux affections.

Un peu plus tard, à la Société de Psychiatrie de 1928, les Professeurs TINEL et LAMACHE rapportaient une série de faits où on voyait se juxtaposer migraine, épilepsie ou asthme ou eczéma... Depuis ce temps les choses n'ont pas changé. Les deux thèses continuent à s'affronter.

Pour les partisans de l'épilepsie symptomatique, le choc colloïdo-clasique ne jouerait donc qu'un rôle tout à fait accidentel ; à la base il y aurait toujours une lésion organique qui serait alors la véritable cause de la crise comitiale. Au contraire pour les partisans de la théorie du choc anaphylactique, celui-ci serait tout au moins pour certains cas, la cause même de l'épilepsie.

Que faut-il conclure de cette longue discussion ?

Il semble que le choc colloïdo-clasique soit capable à lui seul de produire des crises comitiales sans qu'il soit nécessaire d'invoquer une lésion organique. Dans le chapitre qui va suivre, nous essayerons de le démontrer et nous apporterons des exemples à l'appui de notre assertion.

## RESULTATS CLINIQUES : OBSERVATIONS

*Asthme, coryza spasmodique, urticaire et œdème de Quincke, migraine, épilepsie et psychose dépressive sous forme de phénomènes isolés.*

Comme l'indique ce titre, ces différentes affections peuvent se présenter à l'état pur, sans aucune association pathologique.

### ASTHME

Ainsi pour l'asthme, les exemples abondent dans ce sens. Tout médecin au cours de sa carrière a eu l'occasion de constater des faits de ce genre où l'asthme existe chez un individu sans aucune réaction urticarienne, nerveuse, etc...

### CORYZA SPASMODIQUE

En ce qui concerne le coryza, reportons-nous à PASTEUR-VALLÉRY-RADOT : il a étudié cette affection d'une façon particulière. Sa statistique comprend 188 malades et il est arrivé à cette conclusion que le coryza spasmodique existe à l'état pur, sans association, dans 28 % des cas.

Il cite plusieurs exemples, entre autres, celui d'un de ses malades qui éternue et a de l'hyrorrhée chaque fois qu'il respire des fleurs odorantes : lilas, jacinthe, etc... Il cite même l'exemple curieux et amusant d'une femme prise de coryza en présence de son chat. A plusieurs reprises elle s'en sépara, les crises disparurent ; elles réapparaissaient chaque fois que le chat était ramené au domicile de la malade.

Nous pourrions multiplier ces exemples où l'origine anaphylactique ne fait aucun doute.

#### URTICAIRE ET OÈDÈME DE QUINCKE

A ce sujet Louis RAMOND a publié une belle observation dans la *Presse Médicale* du 20 juillet 1935. Il raconte l'histoire d'un médecin qui vers 2 heures du matin s'est réveillé avec une enflure considérable des lèvres, du pourtour de la bouche et de la joue gauche ; il s'agissait d'un œdème de Quincke.

Les cas d'urticaire apparaissant après l'ingestion d'œufs, de poisson, de coquillages ne se comptent plus.

#### PSYCHOSE DÉPRESSIVE

A ce sujet les Professeurs KAHN, TINEL, LAMACHE, ont rapporté de nombreux exemples où cette origine anaphylactique semble ne faire aucun doute.

## MIGRAINE

Que dire maintenant de la migraine ? Les preuves sont si nombreuses ! En voici deux que nous connaissons particulièrement. Dans le premier cas, il s'agit d'une femme qui est prise de migraine typique chaque fois qu'elle boit du champagne. Dans le second, il s'agit d'un homme chez lequel l'absorption d'un verre de vin rouge déclenche une violente migraine.

## EPILEPSIE

Contrairement à l'assertion de certains auteurs, il semble bien qu'il y ait des crises d'épilepsie d'origine purement anaphylactique. Si dans certains cas la lésion organique : tumeur cérébrale, gomme syphilitique tuberculeuse, sclérose cérébrale, etc..., ne fait aucun doute, il semble bien que dans d'autres cas, l'origine ne doit pas être recherchée ailleurs que dans cette perturbation colloïdo-clasique.

Disons tout d'abord que l'expérience des anciens qui, depuis la plus haute antiquité, avaient regardé l'épilepsie comme un mal inhérent à certains tempéraments, arthritiques, névropathiques, pour empirique qu'elle soit n'en manque pas moins de valeur. Pendant des années, des siècles même, nous avons vécu avec cette conception des anciens sur l'épilepsie.

D'autre part, si nous envisageons la question d'une façon plus scientifique, nous ne pouvons nous empêcher de songer au fait suivant : pourquoi le choc

colloïdo-clasique qui se manifeste par des signes bruyants : chute de la pression artérielle, diminution des globules blancs, raréfaction des hémato blasts, altération de la coagulabilité sanguine, variation de l'indice réfractométrique, signes tellement bruyants que quelquefois ils entraînent la mort : pourquoi donc ce choc ne serait-il pas capable à lui seul de déclencher une crise d'épilepsie ? Chez une femme enceinte, l'intoxication albuminurique provoque bien des crises d'éclampsie qui ressemblent étrangement aux crises comitiales. Pourtant dans ces cas d'éclampsie on ne peut pas invoquer de lésions cérébrales ; il n'y en a pas. Seule l'intoxication existe. Or qu'est-ce que le choc colloïdo-clasique sinon une intoxication bruyante et passagère de l'organisme par une albumine étrangère ? Si on admet une parenté clinique très étroite entre l'éclampsie et l'épilepsie, il nous semble que l'on pourrait admettre également une parenté d'origine.

D'autre part le rôle que l'émotion joue dans le déclenchement des crises comitiales, la pâleur du visage de l'épileptique, l'augmentation de la tension sanguine et autres signes, montrent l'action considérable du système circulatoire et nerveux au moment de la crise ; or nous savons que le choc colloïdo-clasique se manifeste avant tout et surtout par des signes vasculaires et nerveux. Cette action vasculaire et nerveuse ne serait-elle pas suffisante pour déclencher une crise d'épilepsie sans rechercher une lésion organique ? Nous le croyons, surtout lorsqu'on songe aux altéra-

tions importantes que cette même action produit au niveau du nez par exemple dans le coryza spasmodique, des lèvres et de la face dans l'œdème de Quinke. Autre raison : expérimentalement un certain nombre de substances produisent l'épilepsie : l'alcool, les essences de l'absinthe, les résidus de fermentations intestinales, les toxines microbiennes. CLAUS et VAN DER STRICHT ont rendu des animaux épileptiques en leur injectant des urines de malades atteints de mal comitial et ils ont même noté ce fait intéressant que les attaques se montraient rarement après une première injection, que les matières convulsivantes de l'urine agissaient d'autant mieux que les injections avaient été répétées plusieurs fois.

D'autre part, l'influence des excitations réflexes sur la production de l'épilepsie est une autre preuve en faveur de notre théorie. Nous connaissons un enfant de 10 ans qui en juin fut pris d'une crise d'épilepsie typique : le lendemain il rendait une boule de vers par la bouche. Depuis, il n'a jamais refait de crises.

Pourtant dans tous ces cas on ne saurait invoquer une lésion matérielle. D'ailleurs il faut bien reconnaître que si des lésions macroscopiquement ou microscopiquement ont été découvertes chez beaucoup d'épileptiques, chez beaucoup d'autres par contre les recherches ont été négatives.

Voici enfin des exemples rapportés par différents auteurs et montrant la relation commune entre l'épilepsie et l'anaphylaxie.

PAGNIEZ cite le cas d'un homme chez lequel l'addi-

tion à son repas d'une certaine quantité de chocolat, provoquait une crise hémoclasique, crise suivie d'accès épileptique.

KLAUS et VAN STRICKT ont publié l'observation d'une petite fille chez laquelle l'absorption de sucres déterminait des crises d'épilepsie.

TINOT raconte l'histoire d'un homme chez qui l'odeur de chanvre produisait l'épilepsie et celle de deux enfants qui éprouvèrent le même accident pour avoir dormi dans un champ de navettes en fleurs.

PECH, dans un livre sur l'épilepsie, dit ceci : « J'ai vu une attaque d'épilepsie nettement provoquée chez un enfant par l'ingestion d'une tasse d'anis. »

Ces exemples suffisent pour montrer l'origine anaphylactique de certaines crises d'épilepsie.

### **Association de ces différents états**

*Asthme, coryza spasmodique, urticaire et œdème de Quincke, psychose dépressive, migraine et° épilepsie.*

Après avoir montré l'origine commune de ces différentes affections, il devient facile et intéressant d'étudier leur relation étroite ; cette relation est telle que ces affections peuvent coexister, alterner, se succéder, se substituer... chez le même individu.

## I. — COEXISTENCE DE CES AFFECTIONS

Elles peuvent, disions-nous tout à l'heure, coexister et en effet l'association de l'asthme et du coryza spasmodique est un fait banal connu depuis longtemps : sur 188 malades, PASTEUR-VALLÉRY-RADOT l'observe dans la proportion de 72 %.

Dans ce cas, le coryza spasmodique et l'asthme peuvent se manifester séparément ; le plus souvent ils s'associent, le coryza spasmodique précédant l'asthme de quelques minutes, quelques heures.

Le même auteur a vu chez sept malades le coryza spasmodique et l'œdème de Quincke apparaître simultanément.

L'association de la migraine et du coryza spasmodique est fréquente également. Toujours en se basant sur la statistique de PASTEUR-VALLÉRY-RADOT, nous trouvons 24 malades atteints de migraine sur 188 ayant déjà un coryza spasmodique.

Voici enfin une observation typique que nous avons recueillie dans le service du Docteur LAMACHE (de Rennes).

### OBSERVATION I

(*Urticaire, migraine, épilepsie*)

Lucienne Ber..., 19 ans.

Mère dysthyroïdienne, passant par des phases d'hyper et d'hypothyroïdie surtout par des phases d'hyperthyroïdie.

Aucune maladie antérieure.

Depuis l'âge de 6 ans, fait de « l'urticaire » sous l'influence de l'ingestion de poisson et d'œufs. A 9 ans, sous l'influence du froid, fait un « œdème de Quincke ».

Depuis l'âge de 13 ans, fait 3 ou 4 fois par semaine, sans qu'aucune influence alimentaire nette ait pu être mise en évidence, des crises du « type urticarien » : début par crises d'éternuement, puis rhinorrhée, le nez coule sans arrêt ; cette phase dure un quart d'heure, puis les lèvres gonflent, le pourtour de la bouche, le nez, le menton, les paupières, de sorte que en quelques instants elle a la face toute bouffie. Au décours de cette phase œdémateuse, début de « céphalgie » avec hémicranie gauche ; elle fait une « migraine typique » se terminant par des vomissements. En 18 à 21 heures, le cycle rhinite spasmodique, œdème de Quincke, migraine est parcouru.

Chez cette enfant, le Docteur Lamache a voulu voir s'il était possible de déclencher des crises comitiales. Il a pratiqué l'épreuve de « l'hyperpnée » et 2 fois sur les 3 épreuves tentées, il a déclenché une « crise du type comitial ».

L'examen physique de cette enfant montrait des signes discrets d'hypothyroïdie : atrophie de la queue du sourcil, cheveux secs et cassants, Apathie.

Aucune autre altération viscérale.

Un traitement est institué : régime des hépatiques. Thy-mus à petites doses, régulateur du système neuro-végétatif, traitement anti-choc ; injection d'hyposulfite de soude. Actuellement, après 2 mois de traitement, les crises sont devenues très rares, une par mois.

Cette observation montre bien la coexistence de ces différents états et surtout l'influence de l'hyperpnée sur le déclenchement des crises comitiales.

## II. — ALTERNANCE DE CES DIFFÉRENTES AFFECTIONS

L'alternance est peut-être encore plus fréquente.

PASTEUR-VALLÉRY-RADOT cite l'exemple d'une personne chez laquelle un asthme et un coryza associés alternent avec un œdème de Quincke au niveau de la face.

Voici une observation rapportée par WIMMER, montrant l'alternance de la migraine et de l'épilepsie.

### OBSERVATION II

« Une seule attaque épileptique » à 18 ans, à l'occasion d'une grossesse. A partir de 15 ans, accès de cécité complète, brusque, avec production fugace de figures humaines, sans hémianopsie, sans nausées, avec angoisse et lipothymies et « migraines » consécutives ; durée de quelques minutes à une demi-heure quelquefois aura par fourmillement au pied droit. Alternance irrégulière de la migraine et de la convulsivité.

### OBSERVATION III

(TINEL et LAMACHE,

*Société de Psychiâtrie*, séance du 19 janvier 1928).

*Alternance de migraine et psychose dépressive.*

Mme D..., 37 ans, sans enfant, présente depuis l'âge de 24 ans environ, des « crises dépressives » qui surviennent tous les 5 ou 6 mois et durent habituellement 3 mois. Elle est de plus migraineuse depuis la puberté, avec crise de « migraine » violente au moment de chaque période menstruelle et souvent

une ou deux migraines moins fortes dans l'intervalle. La crise dépressive débute toujours au moment d'une période de règles où la migraine habituelle ne se produit pas ; aucune migraine pendant la crise ; la crise se prolonge en s'atténuant progressivement pendant 2 ou 3 mois et la réapparition d'une légère migraine cataméniale en marque habituellement la disparition. Les migraines reprennent alors leur rythme habituel.

#### OBSERVATION IV

Service du Docteur LAMACHE

##### *Alternance de migraine et de psychose dépressive.*

Malade de 36 ans, sans antécédent pathologique personnel notable. Mère rhumatisante chronique. Petit cyclothymique faisant à peu près chaque année une petite « crise de dépression » durant 4 mois, crise de petite intensité, ne l'empêchant pas de continuer son travail (commerce d'alimentation). Faisait, depuis l'âge de 16 ans, des « migraines » toutes les semaines. A 23 ans, présente des crises dépressives ; celles-ci durent 5 mois. Pendant 5 mois, les migraines réapparaissent, les crises dépressives disparaissent, réapparition des migraines, mais sur un rythme moins régulier. Pendant les crises dépressives, disparition des migraines. Sans doute, pendant ces crises, le sujet se plaint de maux de tête, mais ils se bornent à une sensation de lourdeur, de gêne et n'ont rien qui rappelle la migraine. On a constaté chez lui des signes de petite insuffisance rénale : albuminurie intermittente : Constante, 0,13 ; Urée, 0 gr. 41. Tendance à l'obésité.

Aucun traitement n'a eu d'action sur les crises dépressives, leur fréquence a la même durée.

## OBSERVATION V

TINEL et LAMACHE

*Société de Psychiâtrie.* Séance du 19 janvier 1928.

### *Alternance de l'asthme et de la psychose dépressive.*

M. T..., 52 ans, traînait depuis 5 ou 6 mois, une « crise dépressive anxieuse » très caractérisée. Il en avait déjà présenté, du reste, depuis une dizaine d'années, trois ou quatre semblables, mais beaucoup moins profondes et plus courtes.

Il y a 6 mois, il me téléphona avec joie que la crise venait de se terminer brusquement. Mais le soir même, apparition d'une violente crise « d'asthme » qui a duré plusieurs mois, avec paroxysmes quotidiens. Quelques accalmies ont été obtenues par des injections de peptone ou de vaccin de Minet. Mais la sédation de la crise a surtout coïncidé avec la formation, sur un doigt de la main, après un traumatisme violent, d'une série de tophi goutteux.

## OBSERVATION VI

(Même séance)

### *Alternance de l'asthme, du coryza spasmodique et de la psychose dépressive*

Mme C..., 47 ans, sans enfant, a présenté depuis sa jeunesse un certain nombre de petites « crises dépressives ». Il y a 3 ans, grande crise anxieuse avec tristesse, ennui, dégoût de la vie, idées de suicide et phobie tenace de la contagion du cancer.

Il y a un mois, elle a été reprise d'une « crise dépressive anxieuse » semblable, très violente, avec la même phobie du cancer.

Mais depuis plusieurs années, cette femme est atteinte « d'asthme » qui s'est manifesté d'abord par des crises périodiques assez violentes, survenant 5 à 6 fois par an et persistant une quinzaine de jours. Puis l'asthme s'est modifié depuis 5 ans environ ; il s'est atténué, mais est devenu à peu près continu sous forme de petites crises asthmatiques qui surviennent tous les soirs en se couchant et persistent 20 à 30 minutes.

En même temps s'est installé chez elle un état à peu près permanent « d'hydrorrhée nasale » avec sécrétions muqueuses abondantes toute la journée, véritable rhume de cerveau chronique.

Or, il y a 3 ans, pendant toute la durée de la crise anxieuse, les crises d'asthme ont été supprimées ainsi que l'hydrorrhée nasale. Or, celle-ci, quelques jours après la fin de la crise, a d'abord reparu, puis une quinzaine de jours après, les crises nocturnes d'oppression.

Cette fois-ci, la crise anxieuse apparue depuis un mois a de nouveau supprimé complètement l'asthme et la sécrétion nasale.

## OBSERVATION VII

(Même séance)

### *Alternance de troubles psychiques et de manifestations cutanées*

Mme L... est traitée depuis 3 ans déjà à la consultation de la Clinique pour des crises de « dépression et d'anxiété » qui surviennent environ toutes les 6 semaines et durent une quinzaine de jours environ.

Mais elle présente en même temps un « eczéma » des mains et des avant-bras qui s'efface au point de disparaître presque complètement pendant toute la crise anxieuse et qui reparaît au contraire après la guérison de celle-ci.

A noter que le fils de cette malade, âgé de 11 ans, est atteint « d'épilepsie ».

### OBSERVATION VIII

(Même séance)

#### *Troubles psychiques et manifestations cutanées.*

Mlle O..., 38 ans, est atteinte depuis une dizaine d'années de « crises anxieuses » survenant environ tous les 7 à 8 mois et persistant chaque fois 2 à 3 mois. Elle est en même temps, depuis 4 ans, atteinte « d'urticaire » fréquente : grandes crises d'urticaire 2 ou 3 fois par semaine, durant plusieurs heures, et dont il a été impossible jusqu'ici d'établir les rapports avec l'alimentation. A noter également qu'elle présente aussi tous les soirs, en se déshabillant, une petite crise urticarienne qui dure environ 20 minutes et semble provoquée par le contact de l'air frais ou froid sur la peau.

Mais l'urticaire disparaît complètement pendant toute la durée des crises anxieuses, pour réapparaître une ou deux semaines après la fin de la crise.

### OBSERVATION IX

(Même séance)

#### *Œdème de Quincke et crises dépressives*

Mme C..., 59 ans, présente depuis l'âge de 30 ans des « crises dépressives anxieuses » graves, qui surviennent à peu près tous les ans et durent chaque fois de 4 à 5 mois. La première crise a été provoquée par la mort d'une petite fille ; les crises suivantes se sont succédé d'abord à 3 ans,

puis à 2 ans d'intervalle, et sont devenues annuelles depuis 15 ans environ.

Depuis une dizaine d'années, elle présente en outre des crises « d'œdème de Quincke » qui se produisent 2 ou 3 fois par mois et frappent d'œdème aigu tantôt la langue, tantôt les lèvres qui deviennent énormes, tantôt les paupières, parfois toute la face. L'œdème se constitue en général la nuit, existe au réveil et disparaît dans le cours de la journée. Elle a eu des centaines de crises semblables. Or, jusqu'à ces dernières années, il n'existait jamais de crises d'œdème pendant les périodes de dépression ; elles disparaissaient complètement pour reparaitre après la guérison.

Mais depuis 3 ans, on remarque un certain chevauchement. C'est-à-dire que 2 ou 3 semaines avant la crise dépressive, on note une recrudescence des crises d'œdème, puis surviennent tous les 2 ou 3 jours et avec une intensité très grande. La malade prétend qu'elles annoncent la crise dépressive, l'œdème se reproduit encore en diminuant de fréquence et d'intensité pendant les 2 ou 3 premières semaines de la période dépressive et ne disparaît complètement que lorsque celle-ci est devenue vraiment très violente.

## OBSERVATION X

(Service du Docteur LAMACHE)

### *Alternance de l'urticaire et de la migraine*

Mlle G..., 15 ans. N'est pas encore réglée. Grosse fille d'aspect hypothyroïdien, sans antécédent personnel ni héréditaires notables. « Migraines » avec vomissements tous les 8-10 jours en dehors d'un régime type repas des hépatiques, d'un traitement endocrinien et de l'administration d'une spécialité à base de peptone polyvalente.

Sous l'influence de ce traitemnt, apparition de « crises d'urticaire ». Malgré cela, le traitement est maintenu, les migraines cessent, mais l'urticaire continue. Le traitement aux peptones est suspendu, les crises de migraines réapparaissent, l'urticaire cesse ; reprise des peptones, disparition des migraines, réapparition de l'urticaire. Sous l'effet d'un traitement hypophyso-thyroïdien, l'urticaire disparaît ; les migraines deviennent très rares.

### OBSERVATION XI

(Service du Docteur LAMACHE)

#### *Alternance de migraine et d'urticaire*

Femme de 36 ans : a subi, à 34 ans, une hystérectomie avec ablation des ovaires. Depuis cette époque, troubles multiples de la ménopause, surtout « migraines et urticaire ». Alternance remarquable entre les crises : les périodes de migraines précèdent l'urticaire et inversement.

### OBSERVATION XII

(Service du Docteur LAMACHE)

#### *Coryza spasmodique, asthme et migraines*

Mlle Lev..., 25 ans. Père épileptique, une sœur migraineuse et asthmatique. Depuis l'âge de 15 ans, fait « des migraines » à chaque période menstruelle. A 18 ans, fait une crise de « rhume des foins » ; celle-ci dure 2 mois ; pendant ces 2 mois, suspension des migraines. Réapparition de celles-ci à la fin de la crise de coryza spasmodique. L'année suivante, le coryza se complique de quelques crises « d'asthme ».

Durée, 11 semaines. Suspension des migraines, qui reviennent un mois après la cessation du coryza. Cure au Mont-Dore. Traitement par le calcium intraveineux. Petites doses de thyroïde. Petites doses de gardénal. Régime des hépatiques. Coryza spasmodique et migraines sont devenus très rares depuis ce temps.

### III. — SUCCESSION DE CES DIFFÉRENTES AFFECTIONS

Les cas où nous voyons ces divers états se succéder sont aussi nombreux : nous nous contenterons d'en citer quelques-uns particulièrement typiques.

En voici deux rapportés par PASTEUR-VALLÉRY-RADOT.

#### OBSERVATION XIII

(PASTEUR-VALLÉRY-RADOT)

Mme F... présente de la « migraine » à 15 ans, de « l'urticaire » à 16, puis du « coryza spasmodique » auquel succéda de l' « asthme » à 18 ans.

#### OBSERVATION XIV

(PASTEUR-VALLÉRY-RADOT)

Mlle R... eut des crises de « migraines » menstruelles qui cessèrent à la ménopause ; le « coryza spasmodique » leur succéda et dura 10 ans, puis il fut remplacé par « l'asthme ».

## OBSERVATION XV

(TINEL et LAMACHE. *Société de Psychiâtrie*)

Mme F..., 41 ans, présente depuis la puberté des crises de « migraine » d'abord seulement au moment des règles, puis ensuite hebdomadaires et sans doute d'origine alimentaire, car elles surviennent à peu près toujours le vendredi, jour où elle ne prend que des œufs et du poisson.

A l'âge de 25 ans, apparaissent des crises « comitiales », tantôt typiques avec cris, chute et perte de connaissance, tantôt réduites à des vertiges ou de simples absences.

A l'âge de 29 ans, apparaît, à la suite d'une émotion, un état dépressif avec tristesse, ennui, dégoût de la vie, anxiété, vagues idées de suicide.

## OBSERVATION XVI

(Autres observations citées par les mêmes auteurs)

Mme X..., 63 ans, a présenté depuis la puberté jusqu'à l'âge de 32 ans de « fréquentes migraines ».

A 32 ans jusqu'à la ménopause, les migraines ont disparu, remplacées par des « crises anxieuses » survenant tous les ans et durant 3-4 mois jusqu'à 45 ans.

Depuis la ménopause, les crises anxieuses ont à leur tour disparu, remplacées par des crises d'épilepsie, qui surviennent environ tous les mois régulièrement depuis 20 ans.

Voici deux autres observations que nous avons recueillies dans le service du Docteur LAMACHE.

### OBSERVATION XVII

(Recueillie dans le Service du Docteur LAMACHE)

Jeune homme de 25 ans. Mère asthmatique, a présenté dans son enfance coqueluche et rougeole. A 3 ans, crises convulsives de vers. A 5 ans, peurs nocturnes. A 11 ans, première « crise épileptique » typique. Celles-ci durent jusqu'à 12 ans, 8 à 10 fois par an. A 19 ans, première « crise d'asthme ». Celles-ci sont très fréquentes entre 19-21 ans. Entre 21 et 24 ans, crises d'asthme très améliorées par cure au Mont-Dore.

### OBSERVATION XVIII

(Recueillie dans le service du Docteur LAMACHÉ)

Malade de 41 ans. Mère asthmatique, père gouteux et eczémateux, une sœur migraineuse.

Depuis les époques pubérales (13 ans) a eu jusqu'à 21 ans des « migraines » dans le jour précédant les règles. A 21 ans, première crise « d'asthme » ; ces crises se sont répétées jusqu'à 32 ans à raison de 8 à 10 crises par an, compliquées de « coryza spasmodique » aux mois de mai-juin.

A 32 ans, « fièvre typhoïde ».

Depuis cette époque, disparition des crises d'asthme et réapparition de crises migraineuses, une toutes les semaines, mais surtout apparition de crises d'urticaire lors' de l'ingestion de poisson.

Cette observation présente ceci de spécial ; c'est qu'à la suite de la fièvre typhoïde il s'est produit dans l'organisme de cette personne, une perturbation humorale et cellulaire qui a modifié le sens des réactions sensibilisatrices.

#### IV. — SUBSTITUTION DE CES DIFFÉRENTES AFFECTIONS

La substitution n'est pas moins fréquente que les autres combinaisons précédemment citées.

Les quelques observations que nous allons rapporter sont suffisamment démonstratives. En voici une citée par MM. ANDRÉ et TRILLES à la Société de Neurologie de 1924.

##### OBSERVATION XIX

A 13 ans, crises de « migraine ophtalmique » avec hémianopsie homolatérale gauche. Points noirs aboutissant à une hallucination stéréotypée ; en même temps, rotation de la tête et déviation des yeux vers la gauche, suivie d'amblyopie totale pendant quelques instants ; céphalée et vomissements pour clôturer. A partir de 17 ans, « crises épileptiques » mensuelles à l'époque des règles, se substituant à la migraine.

##### OBSERVATION XX

(TINEL et LAMACHE. *Société de Psychiâtrie*, 19 janvier 1928)

##### *Substitution de crises mélancoliques à migraines*

M. C..., 46 ans, a été un grand migraineux jusqu'à l'âge de 25 ans, migraines fréquentes, presque hebdomadaires, violentes, avec vomissements durant 1 ou 2 jours.

A 26 ans, première « crise mélancolique » franche, ayant duré 7 mois ; 2<sup>e</sup> crise à 30 ans ; 3<sup>e</sup> à 34 ans ; 4<sup>e</sup> à 37 ans ; 5<sup>e</sup> à 43 ans. Chacune des crises a duré de 5 à 7 mois.

## OBSERVATION XXI

(Même séance, même substitution)

Même évolution chez une femme qui a été une « grande migraineuse » jusqu'à sa première grossesse. « Crise dépressive » anxieuse de plusieurs mois, apparue au moment du sevrage. Une crise semblable s'est produite, dans les mêmes circonstances, à la suite de chacune des quatre grossesses qui ont suivi la première. Mais les migraines ont à peu près complètement disparu.

## OBSERVATION XXII

(Même séance. *Substitution de migraines à crises anxieuses*)

M. C... est un homme de 62 ans que nous avons suivi pendant sa 3<sup>e</sup> « crise de mélancolie » anxieuse (la première à 35 ans, la deuxième à 47 ans).

Lui aussi est un « migraineux » habituel et pendant ses crises les migraines disparaissent complètement.

Cependant, au cours de la 3<sup>e</sup> crise qui a duré 7-8 mois, nous avons vu, trois semaines environ après l'invasion de la crise, apparaître brusquement une migraine violente, accompagnée du reste d'un état singulier d'hallucinoïse consciente, où il voyait dans sa chambre les demoiselles des postes faire le triage et le timbrage des lettres.

L'apparition de cette migraine en pleine crise anxieuse nous avait fortement étonné comme une infraction à la règle. Mais, fait remarquable, cette migraine avait fait disparaître complètement l'état anxieux.

### OBSERVATION XXIII

(Même séance. *Substitution de crises dépressives à épilepsie*)

Mlle L..., 19 ans, est atteinte de « mal comitial » depuis l'âge de 11 ans. Les grandes crises avec chute sont assez rares, tous les 2 ou 3 mois seulement, mais nombreux équivalents survenant tous les 3 ou 4 jours, groupés sous forme de 8, 10, 12 absences en quelques heures.

Il y a 6 semaines environ, on note avec plaisir que les absences disparaissent ; elles ont ainsi manqué pendant trois semaines. Mais au bout de 3 semaines s'installe brusquement un état d'énervement et d'agitation qui augmente rapidement et s'accompagne d'une légère confusion. On pense d'abord à une sorte d'équivalent psychique. Mais cet état qui s'exagère jusqu'à la véritable excitation et persiste 10 jours avec cris, chant, injures à ses parents, gesticulations violentes, remarques ironiques et blessantes, conversation relative, malgré un léger appoint confusionnel de la conscience et de la mémoire, évoque bien plutôt un accès d'excitation qu'un équivalent comitial. Ce n'est plus un équivalent ; c'est déjà une équivalence.

Aucune crise comitiale pendant toute cette période.

Enfin pour terminer, reportons-nous à la statistique de PASTEUR-VALLÉRY-RADOT : sur 188 malades, chez trois il a vu la migraine disparaître spontanément quand le coryza spasmodique a fait son apparition.

Après cette étude clinique, il est manifeste que ces diverses affections qui s'intrègèrent chez le même sujet, qui se montrent sensibles aux mêmes influences physiologiques telles que les règles, la grossesse, l'émotion ou les maladies intercurrentes, qui se rencontrent dans les mêmes familles et sur les mêmes

terrains, qui évoluent semblablement par crises et par accès, qui présentent toutes un caractère si nettement humoral et de semblables perturbations de tout le tonus neuro-végétatif, constituent en réalité une véritable famille pathologique, reliées les unes aux autres par une parenté de causes biologiques et des mécanismes pathogéniques qui les conditionnent.

## ETIOLOGIE ET PATHOGENIE DE CES DIFFERENTES AFFECTIONS

### Etude du choc anaphylactique

#### I. — PAR QUOI EST-IL PRODUIT ?

Comme nous l'avons montré, ces divers états seraient dus au choc anaphylactique, c'est-à-dire à la perturbation humorale et cellulaire produite dans l'organisme par l'introduction d'une albumine étrangère.

Mais quelles sont les substances capables de produire ce choc ? Elles sont nombreuses et elles peuvent pénétrer dans l'organisme par plusieurs voies, principalement par la voie respiratoire et la voie digestive. Le coryza spasmodique relèverait plutôt de la sensibilisation par la voie respiratoire. Les cas où l'odeur des fleurs odorantes ont déclenché des crises ne se comptent plus. Le pollen des plantes en particulier joue un très grand rôle et serait la cause de la plupart des coryzas spasmodiques.

Les causes les plus bizarres même ont été citées comme les plumes des coussins, le poil des animaux, etc.

Les influences barométriques et hygrométriques ne font également aucun doute.

La sensibilisation par voie digestive serait plutôt le fait de l'œdème de Quincke de la migraine et de l'épilepsie.

Tous les aliments ont pu être accusés. Certains cependant seraient particulièrement néfastes, tels : les œufs. Il suffit parfois d'une parcelle infinitésimale d'œuf dilué dans un aliment pour provoquer des accidents ;

Les crustacés, les coquillages, le poisson sont très souvent en cause. FLANDIN et TRANCK, dans une belle observation, ont réussi à isoler un cas d'anaphylaxie passive aux moules. De même FIRMIN rapporte une observation dans laquelle le lait d'une mère qui avait ingéré, la veille, des huîtres et des crevettes, provoqua chez le nourrisson une éruption ortiée.

Le lait est également intéressant à retenir. Beaucoup de dermatoses du premier âge et d'accidents gastro-intestinaux seraient dus à l'anaphylaxie par le lait, surtout le lait de vache. FINKELSTEIN a même rapporté un cas de mort.

C'est d'ailleurs en se basant sur l'anaphylaxie du lait que WIDAL et ABRAMI firent leur épreuve de l'hémoclasie digestive.

Les viandes et le pain peuvent être également incriminés, de même que les fruits, les fraises surtout.

Les vins, le vin blanc en particulier, peuvent être facteurs de troubles. WIDAL, ABRAMI, JOLTRAIN ont étudié ces sensibilisations. Ce sont surtout les vins de

Bourgogne, les vins rouges de Saint-Emilion et certains vins du Jura qui provoquent les cuti-réactions positives.

N'oublions pas le chocolat, dont PAGNIEZ a montré l'influence en anaphylaxie.

Il convient aussi de retenir les médicaments, surtout l'antipyrine, dont l'action a été très bien étudiée en deux belles observations de WIDAL et PASTEUR-VALLERY-RADOT et dans une de Marcel LABBÉ et HAGUENEAU, l'aspirine, la quinine, le quinquina, les bromures, les iodures, l'ipéca, l'émétine, le véronal, le somnifène, etc.

Dans les voies de pénétration par piqûre, il faut faire mention avant tout du sérum ; nous savons, en effet, que la maladie sérique représente le type le plus expérimental des maladies de sensibilisation.

## II. — MÉCANISME D'ACTION: CHOC COLLOÏDO-CLASIQUE

Mais comment agissent ces substances que nous venons d'énumérer ; en un mot qu'est-ce que le choc colloïdo-clasique ? Il reste encore bien des inconnus à ce sujet et PAGNIZ n'a pas tort de dire que nos données se perdent dans les brumes de la physico-chimie que ne perce encore aucun rayon puissant. Cependant nous constatons deux choses :

D'abord, un phénomène humoral, ensuite un trouble vaso-moteur.

Le phénomène humoral se manifeste cliniquement par un ensemble de faits très caractéristiques : di-

minution des leucocytes et des plaquettes, augmentation de la coagulation sanguine, chute de l'indice réfractométrique du sérum et une baisse de la tension artérielle.

Les troubles vaso-moteurs également ne font aucun doute et seraient dus à un déséquilibre vago-sympathique ; la congestion des vaisseaux du nez dans le coryza spasmodique et l'hydrorrhée qui en résulte le montrent suffisamment.

De même pour la migraine, puisqu'on attribue ce mal à un angio-spasme des artères cérébrales, particulièrement de l'artère méningée moyenne, et cette théorie vasculaire trouve sa confirmation dans certains résultats heureux de la thérapeutique. Ainsi DOLKEN (de Leipzig) a obtenu d'heureux résultats avec les nitrites, médicaments à action vasculaire, et DEJEAN avec l'acétylcholine.

Nous pourrions en dire autant pour l'œdème de Quincke et l'épilepsie, quoique pour cette dernière l'action vaso-motrice soit moins connue ; en tout cas, les autopsies d'épileptiques ont montré une anémie intense du cerveau.

Voilà les deux seuls faits connus et vérifiés, mais à quoi sont-ils dus ? Nous retombons alors dans une plus grande imprécision. Ce choc hémoclasique serait dû à l'introduction dans l'organisme d'une albumine étrangère et au conflit antigène-anticorps qui peut s'opérer soit localement, soit d'une façon généralisée, comme le prouve l'expérience de PROUSNITZ-KUTZNER.

Si on injecte sous la peau d'un sujet sain 1/10° de

cc. de sérum d'un sujet sensibilisé à une protéine déterminée, une injection faite au même point 24 heures plus tard, de la protéine sensibilisante détermine une réaction cutanée type, alors qu'une injection de cette même protéine sur un autre point du corps ne détermine aucun phénomène. Cette expérience, de même que celle de l'anaphylaxie passive, suffit à démontrer l'existence du choc humoral.

Ce sont là encore des faits connus et démontrés.

*Mais le processus physiopathologique* du choc humoral n'a pas reçu d'explication définitive. L'expérience de PRAUSNITZ-KUTZNER démontre bien la réalité du conflit antigène-anticorps. Mais la façon dont s'opère et dont agit ce conflit d'albumines reste encore imprécise.

ORIEL a étudié les modifications chimiques qu'entraîne l'allergie et a démontré qu'au cours du choc les urines et la bile contiennent une protéose qu'il désigne sous le nom de « substance P ». Les recherches de SAVY et THIERS ont montré que cette substance est une dentéro-protéose. L'analyse chimique permet d'y déceler des acides diaminés, des acides monoaminés, un groupement phosphoré et une glycosamine.

Cette protéose n'existe dans l'urine qu'au moment du paroxysme. Elle se comporte comme un antigène : elle donne, en effet, chez les sujets dont elle provient, des intradermo-réactions et des cuti-réactions positives, alors que l'extrait d'un sujet normal ne pro-

voque aucune réaction soit chez le sujet, soit chez l'allergique.

Le protéose d'Oriel est un antigène spécifique.

Pour ORIEL, cette « substance P » serait un antigène secondaire, résultant de l'action de l'allergène sur le foie de l'organisme sensibilisé. Cet antigène secondaire (substance P) déterminerait ensuite, au niveau des cellules d'un parenchyme sensibilisé, la manifestation colloïdo-clasique.

Elle serait d'ailleurs d'applications thérapeutiques. ORIEL a obtenu, par des injections intradermiques ou sous-cutanées de protéose spécifique (en commençant par des doses homéopathiques et des dilutions au 1/1000000), une désensibilisation élective et partant, la guérison des troubles en question.

Il y a là une hypothèse de travail qui peut être féconde et qui, si elle est confirmée par les expériences ultérieures, est susceptible de jeter un jour nouveau sur le mécanisme de ces réactions.

De son côté, LUMIÈRE a fait de belles recherches sur la floculation, qui semblent réaliser « in vitro » le mécanisme du choc. Mais il ne s'agit là que d'une expérience intéressante qui n'a pu être vérifiée sur le sang circulant. PASTEUR-VALLÉRY-RADOT et HEYMANN ont cherché à retrouver à l'aide de méthodes très précises, cette réaction de floculation au cours du choc expérimental, mais leur étude n'a pas encore donné de résultats définitifs.

Voilà, à l'heure actuelle, où en sont les choses. Es-

pérons que dans l'avenir les recherches scientifiques révéleront tout ce qu'il y a encore de mystérieux dans ce phénomène.

Pour terminer ce chapitre, il convient de dire que depuis 1925, en matière d'anaphylaxie, les idées ont sensiblement évolué : on parle moins d'anaphylaxie, on parle plutôt d'allergie. Qui dit anaphylaxie dit, par définition, succession de trois étapes : pénétration première, sensibilisation, pénétration seconde déclenchant le choc. Or si dans certains cas, comme celui de la maladie sérique on peut mettre en évidence la succession de ces trois phases, souvent elle n'apparaît pas.

Dans l'allergie, la réaction au choc paraît se faire d'emblée, ou bien la sensibilisation s'opère lentement, par petites étapes, comme l'ont montré WIDAL et PASTEUR-VALLÉRY-RADOT, ou bien encore le sujet apporte pré-formée cette sensibilisation avec ses pré-dispositions humores. Dans ces cas, la réception de l'organisme vis-à-vis de certains corps est modifiée dans un sens beaucoup plus prononcé. Mais tout cela n'est qu'une distinction de mots ; le choc dans l'anaphylaxie proprement dite, ou dans l'allergie, reste toujours le même. D'ailleurs à l'étranger, en Allemagne, aux Etats-Unis, on n'établit aucune différence entre l'anaphylaxie et l'allergie appelée encore idiosyncrasie, qui n'est qu'une anaphylaxie préformée dont le premier temps nous échappe.

D'après cette étude que nous venons de faire, il nous devient facile, jusqu'à un certain point, de saisir

le mécanisme d'action de ce phénomène curieux de l'anaphylaxie ou de l'allergie et de voir les liens étroits qui unissent l'asthme, le coryza spasmodique, l'œdème de Quincke, la migraine et l'épilepsie, la psychose dépressive, nous voyons que chez ces individus en état d'allergie, la pénétration de certaines matières protéiques produit un choc humoral, lequel provoque à son tour des phénomènes vaso-moteurs donnant naissance aux états en question. Chacun réagit et extériorise son trouble à sa façon, l'un par du coryza spasmodique, l'autre par de la migraine ou une crise d'épilepsie ; quelquefois, comme nous l'avons montré précédemment, ces affections se trouvent réunies chez le même individu où elles peuvent s'associer, se succéder, se substituer ; tout dépend des dispositions de chacun et sans doute aussi de ses prédispositions héréditaires. Il y a donc un facteur individuel et un facteur héréditaire ; c'est de ces facteurs que nous allons parler dans le chapitre qui va suivre.

### III. — FACTEUR INDIVIDUEL

#### a) *Troubles gastro-intestinaux.*

Dans ce facteur individuel, il convient de citer en premier lieu les troubles gastro-intestinaux. Il est facile de comprendre en effet que, s'il existe un trouble ou une lésion organique au niveau de l'estomac et de l'intestin, les albumines étrangères introduites dans l'organisme ne pourront pas être digérées ; elles pas-

seront alors dans la circulation à l'état pur et détermineront le choc colloïdo-clasique ou tout au moins contribueront à le produire ; beaucoup de coryzas spasmodiques, de migraines, de crises convulsives n'ont pas d'autre origine. Voici ce que dit CORNET, au sujet du coryza spasmodique : « J'ai soigneusement examiné l'état général de tous les sujets atteints de coryza spasmodique et je suis arrivé à cette conclusion que si ces coryzas s'observaient le plus souvent sur des sujets de souche arthritique, ils paraissaient dépendre non pas tant de l'arthritisme lui-même que des auto-intoxications liées aux altérations viscérales si fréquentes chez les malades. »

Déjà GALIEN, après HIPPOCRATE, avait parlé de cette influence de l'estomac sur le cerveau : « On voit naître, dit-il, des délires et des convulsions quand le principe des nerfs est affecté par un vice de l'estomac. » Et il cite l'exemple d'un jeune homme qui eut des crises d'épilepsie à la suite de troubles gastriques.

D'autre part, le rôle de l'estomac dans la migraine est un fait bien connu.

#### h) *Le foie.*

Le foie jouerait un rôle identique ; si celui-ci est insuffisant, sa fonction d'arrêt, tant pour les substances protéiques que pour les substances toxiques, est d'importance majeure et le choc colloïdo-clasique se déclare. Les travaux de MM. CHIRAY et TRIBOULET nous ont appris le rôle important de la stase cholé-

cystique dans certains états migraineux et leur guérison par le drainage médical biliaire. Ces constatations ont été confirmées par celles de PASTEUR-VALLÉRY-RADOT et BLAMOUTIER. Depuis, le fonctionnement hépatique des migraineux a été particulièrement bien étudié par DIANOND, de New-York, qui est arrivé aux mêmes conclusions.

FABRICIUS, professeur à Helmstad, cite l'exemple d'une femme sujette à de fréquents accès épileptiques, qui n'avaient d'autre cause que 200 calculs dans la vésicule.

MORGANI nous a conservé l'histoire d'un de ses malades qui eut le premier accès d'épilepsie après des douleurs dans l'hypocondre droit, qui se dissipèrent ensuite par des selles bilieuses.

### c) *Glandes endocrines.*

Les perturbations endocriniennes et leur rôle sur le déséquilibre vago-sympathique agiraient également comme cause favorisante dans le choc anaphylactique. Nous savons, en effet, que le système neuro-végétatif est sous la dépendance directe de ces glandes. S'il y a dysfonctionnement le système nerveux est atteint également : il n'y a plus d'équilibre, ou tout au moins il n'y a plus qu'un équilibre instable entre le para et le sympathique ; la plus petite cause peut le rompre et entraîner des troubles de l'ordre du coryza spasmodique, de l'œdème de Quinke, etc.

Peut-être même ces glandes, par suite de leur mau-

vais fonctionnement, libéreraient-elles, dans l'organisme et dans la circulation, des produits toxiques capables d'agir sur les dispositions humorales du sujet et sur le mécanisme du choc ?

#### IV. — FACTEURS HÉRÉDITAIRES

En tout cas, il ne semble pas que le facteur individuel soit capable à lui seul de produire le choc colloïdo-clasique, car beaucoup de personnes qui ont des troubles intestinaux, hépatiques, glandulaires ou autres, n'ont jamais eu de perturbations humorales de ce genre. Ce facteur individuel n'agirait donc que comme cause favorisante. Il faut un terrain spécial sur lequel cette cause peut évoluer; ce terrain spécial, ce sont les prédispositions héréditaires. N'est donc pas sensibilisé qui veut et ne devient pas migraineux, épileptique, etc. qui veut.

Cette théorie de l'hérédité est d'ailleurs connue depuis longtemps. Les anciens l'invoquaient pour expliquer certaines maladies, en particulier l'épilepsie. Mais cette constatation qui n'était alors qu'expérimentale, a été l'objet de recherches scientifiques et les résultats sont restés les mêmes. Ainsi BALL a étudié l'hérédité migraineuse chez 1.000 familles. Dans 261 familles, la migraine était associée 60 fois à l'asthme, 35 fois au coryza spasmodique, 73 fois à l'urticaire et 25 fois à l'eczéma.

Pour RICHAUD et DALJEAT, l'hérédité migraineuse obéit aux lois de Mendel et, dans l'arbre généalogique,

la migraine et d'autres manifestations analogues sont interchangeables.

LUSITANUS rapporte l'histoire d'un malade épileptique dont 8 fils et 3 petit-fils furent frappés du même mal.

MOREAU, de Tours, a observé chez les ascendants de 126 malades épileptiques, 30 cas d'épilepsie.

En 1880, ETCHEVERRIA publie qu'il a pu relever la descendance de 136 épileptiques mariés ; ils ont eu 533 enfants, dont 19 moururent de convulsions et 22 devinrent comitiaux.

En ce qui concerne le coryza spasmodique, voici ce que dit LERMOYER :

« A de rares exceptions près, j'ai trouvé chez tous mes malades des stigmates d'arthritisme. »

Récemment encore, MM. MOURE et BOUYER, reprenant l'histoire des troubles neuro-congestifs de la muqueuse des voies aériennes supérieures, montraient que ces troubles étaient liés à une disposition constitutionnelle de la muqueuse, à une propriété excito-réflexe vaso-motrice et glandulaire exagérée, relevant elle-même d'un état diathésique.

Nous pourrions en dire autant de la migraine et de l'œdème de Quincke.

Mais comment agit cette hérédité ?

Peut-être en transmettant cet état d'allergie qui permet à l'organisme de réagir à telle ou telle substance. L'individu naîtrait alors avec des prédispositions spéciales.

Peut-être cette hérédité est-elle similaire ? Ainsi

l'épilepsie se transmettrait aux descendants sous la forme identique de mal comitial.

En tout cas, l'hérédité neuropathique ne fait aucun doute. VOISIN, FÉRÉ, DÉJÉRINE ont publié des statistiques très importantes. Ainsi dans les antécédents directs ou familiaux des épileptiques, on relève soit des psychoses : mélancolie, tendance au suicide, etc., soit des névroses : hystérie, chorée. MUSSET, dans les antécédents nerveux de 170 épileptiques, note 3 fois l'aliénation mentale, 17 fois une psychose maternelle, 27 fois des psychoses bilatérales, 23 fois l'hystérie chez la mère, 3 fois la chorée.

De même, l'hérédité arthritique est bien connue. Il existe même des relations étroites entre l'hérédité nerveuse et l'hérédité arthritique ; elles constituent la grande famille neuro-arthritique. Alors que l'épilepsie relèverait plutôt de l'hérédité nerveuse, le coryza spasmodique, l'œdème de Quincke et la migraine dépendraient surtout du tempérament arthritique.

De toute façon, le rôle de l'hérédité ne peut être nié ; les nombreuses observations qui ont été publiées à ce sujet le montrent suffisamment.

Le facteur héréditaire constituerait le terrain sur lequel évolueraient les causes déclenchantes qui forment le facteur individuel.

Là encore, sur cette question de terrain, le rapport étroit entre le coryza spasmodique, l'œdème de Quincke, la migraine et l'épilepsie apparaît nettement.

Le traitement devra donc s'inspirer de ce rapport. Car ces différents états relevant de la même cause, ayant les mêmes facteurs et le même mécanisme d'action, doivent avoir le même traitement.

## TRAITEMENT

Comme nous le disions tout à l'heure, si on veut arriver à un bon résultat en thérapeutique, on devra se souvenir de cette communauté d'origine et d'action entre ces divers états. Disons pour commencer que les médicaments employés avant la découverte de l'anaphylaxie restent et resteront de précieux adjuvants. Ainsi la désinfection du nez dans le coryza spasmodique, les antinévralgiques dans la migraine et les calmants sous forme de bromure, de gardénal dans l'épilepsie, atténuent considérablement les crises ; mais leur action sur les déclenchements restent sans résultat. De même, lorsqu'on soupçonne une épine irritative : troubles gastriques, hépatiques, etc., la thérapeutique doit s'appliquer à réduire cette cause, mais elle ne doit pas s'arrêter là, car dans ces cas, si on soulage le malade, on ne le guérit pas. Il faut remonter à la cause première et cette cause première, nous la connaissons : elle réside uniquement dans la sensibilisation de l'organisme vis-à-vis d'une substance quelconque ; mais comment y remédier ? Les médecins américains se sont spécialement attachés à cette étude. Grâce à la méthode de la cuti-réaction ou de l'intradermo-réaction, ils sont arrivés à découvrir la substance capable

de sensibiliser l'organisme. Cette méthode consiste, nous le savons, à déposer au niveau d'une scarification faite au niveau de la peau, ou même à injecter sous la peau, une petite quantité de la substance soupçonnée être la cause de la sensibilisation. Cette réaction est positive lorsqu'une demi-heure au plus tard se développe au point d'inoculation un placard urticaire d'au moins un demi-centimètre. Elle permet d'affirmer que la protéine inoculée est la cause des accidents de choc dont souffre le malade. Elle est très employée actuellement.

Voici ce que disait déjà, en 1921, LERMOYER, dans une publication faite à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, au sujet du coryza spasmodique.

« Nous avons pratiqué cette cuti-réaction aux pollens de graminées chez 4 de nos malades atteints de coryza spasmodique. Nous avons non seulement étudié la réaction locale, mais aussi la réaction générale secondaire à cette inoculation. Localement, nous avons obtenu très vite une réaction urticarienne. Parallèlement, nous avons vu apparaître une crise hémoclasique extrêmement rapide, puisqu'en vingt à trente minutes, suivant les cas, elle était terminée. » De même dans les cas d'œdème de Quincke, de migraine, d'épilepsie (tout au moins l'épilepsie d'origine colloïdo-clasique), cette méthode est la seule capable de déceler la substance sensibilisante. Si on a la chance de découvrir cette substance, le seul traitement consistera dans la désensibilisation du malade, suivant la méthode de Besredka. Elle consistera par l'injection ou

l'ingestion préventive de petites doses, puis de doses progressivement croissantes, jusqu'à ce que le sujet ne réagisse plus à une dose normale ; il sera alors désensibilisé. Beaucoup de crises de migraine ou d'épilepsie rebelles à tout traitement seraient conjurées par ce procédé.

Mais très souvent la réaction reste négative et la substance sensibilisante reste inconnue ; dans ce cas, il faut soumettre le malade, migraineux, épileptique ou autre, à un traitement plus général, mais moins précis.

Il faudra d'abord le mettre à un régime hypoazoté, de façon à ne faire pénétrer dans l'organisme que le moins possible d'albumine étrangère et ensuite lui interdire les aliments reconnus comme facteurs d'anaphylaxie : les charcuteries, le poisson, les coquillages, le chocolat, les fraises, etc...

Si l'anaphylaxie est soupçonnée être d'origine digestive, une bonne méthode consistera à faire ingérer de la peptone par petites doses avant chaque repas.

Enfin, outre les médicaments adjuvants et spécifiques pour chaque affection, on pourra donner à ces malades, pour modifier l'instabilité de leurs humeurs, une solution de chlorure de calcium à 20 pour 100.

L'injection d'hyposulfite de soude donne également de bons résultats, surtout dans l'œdème de Quincke.

L'autohémothérapie et l'autosérothérapie ont été employées aussi avec succès.

Enfin, très souvent, il faudra s'armer de patience et ne pas se décourager trop vite devant les échecs thérapeutiques. En tout cas, ce traitement est le seul capable de conjurer soit le coryza spasmodique, soit l'œdème de Quincke, soit la migraine, soit les crises d'épilepsie, tout au moins certaines crises, etc...

## CONCLUSIONS

Après cette étude basée avant tout sur l'observation clinique des faits, que devons-nous conclure ?

I. — D'abord que la migraine, l'épilepsie, l'urticaire et l'œdème de Quincke, l'asthme, le coryza spasmodique, la psychose dépressive semblent déclenchés dans certains cas par le même facteur. Nous avons insisté sur l'épilepsie pour montrer que s'il existe bien des crises comitiales dues uniquement à une lésion cérébrale quelconque : gommes, tumeurs, sclérose cérébrale, etc., quelquefois l'épilepsie nous paraît relever d'un phénomène purement anaphylactique.

II. — Ayant reconnu l'origine commune de ces diverses affections, nous avons montré par de nombreuses observations, leur relation étroite. La relation est telle que, chez le même individu, ces affections peuvent coexister, alterner, se succéder, se substituer... Elles constituent les manifestations d'une même famille pathologique dont toutes les combinaisons sont possibles.

III. — Nous sommes alors remonté à cette origine commune et nous avons conclu que seule l'anaphy-

laxie, avec le choc colloïdo-clasique, qu'elle détermine dans l'organisme, devait être mise en cause. Après avoir parlé des causes déclenchantes de ce mécanisme physio-pathologique : troubles digestifs, respiratoires, etc., nous avons parlé des causes favorisantes, tant personnelles qu'héréditaires. parmi lesquelles le déséquilibre neuro-végétatif, le disfonctionnement glandulaire et la déficience hépatique joueraient un rôle principal.

IV. — Pour terminer, nous avons dit un mot du traitement. Nous avons montré que, ces affections ayant la même origine, le même mécanisme d'action, devaient avoir le même traitement. Ce traitement consiste dans la désensibilisation de l'organisme à la cause sensibilisante. Son efficacité nous paraît apporter une dernière preuve en faveur des relations étroites existant entre la migraine, l'épilepsie, l'urticaire et l'œdème de Quincke, l'asthme, le coryza spasmodique, la psychose dépressive.

Vu :  
LE DOYEN,  
ROUSSY.

Vu :  
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE  
CLAUDE.

*Vu et permis d'imprimer* .  
LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,  
S. CHARLÉTY.

## BIBLIOGRAPHIE

### MIGRAINES

- SÉDILLOT (J.). — Quel est le substratum anatomique de la migraine ? (*Monde Médical*, p. 1075, folio 762, 15 décembre 1929.)
- RAMOND (L.). — Pourquoi la crise ? (*Presse Médicale*, n° 1663-7665, 5 novembre 1932.)
- BERGMARK. — Migraines. (*Nord Médical*, 10 sept. 1932.)
- PAILLARD (H.). — Quelques observations sur les migraines. (*Journal Médical Français*, T. XXII, n° 2, février 1933.)
- PAGNIES (Pl.). — A propos de la migraine. (*Presse Médicale*, n° 86, 28 oct. 1933.)
- PICHON. — Les migraines. (*Examen Médical*, n° 44, 27 oct. 1935.)
- IRONET, MATHIEU et COLBESSON. — Excrétion dans l'urine de principes hypophysaires au cours de la migraine. (*Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 8 décembre 1935 et 18 décembre 1935.)
- PASTEUR, VALLERY-RADOT. — Les migraines, 1934.
- MARGULIES. — Etudes pathogéniques de la migraine. (*Thèse Paris-Jouve*, 1935.)
- CAUSSADE. — La migraine. Etude clinique. (*Gazette des Hôpitaux civils et militaires*, 25 déc. 1935.)
- INGELBRAN. — Les migraines (nosologie, pathogénie et physiologie). (*Echo Médical du Nord*, n° 15. 31 mars 1935.)

MÉZIN. — Migraines et déséquilibre vago-sympathique. (*Guérir*, 1<sup>er</sup> nov. 1935.)

— Orientation médicale. — Henri ROGER. Effets cliniques et étiologiques des migraines accompagnées. 1936.

## URTICAIRE ET ŒDEME DE QUICHE

QUENNES (DE, D<sup>r</sup>). — Urticaire et œdème de Quiche. 29 septembre 1931.

NOBÉCOURT. — Histoire d'une fille de 8 ans atteinte d'urticaire et d'œdème de Quiche. (*Progrès Médical*, 13-20, 27 février 1932.)

JOLTRAIN. — A propos des œdèmes circonscrits d'ordre anaphylactique. Maladie de Quincke. (*Académie royale de Médecine de Belgique*, 1933.)

RAMOND. — Maladie de Quincke. (*Paris Médical*, n° 3, juillet 20, 1935.)

## EPILEPSIE

PESCH. — *Les épilepsies*. 1921.

CESTAN. — *L'épilepsie*. 1922.

CROUZON. — *Le syndrome épileptique*. 1929.

COSTEDOAT et HUGONOT. — Crise d'épilepsie chez un migraineux. Plaque calcaire de la faux du cerveau. *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 25 juin 1934.

BEAUSSARD. — Migraine et épilepsie. *Société Médicale du Loiret*, 2 novembre 1935.

LEREBOULLET. — Orientation médicale. *Les épilepsies au 2<sup>e</sup> Congrès Neurologique International*, 1936.

PASTEUR, VALLEY et RADOT. — *Les épilepsies*. 1936.

## PSYCHOSE DEPRESSIVE

KAHN. — *Thèse sur la cyclothymie*. 1902.

TINE et LAMACHE. — Relation de la psychose dépressive avec les crises de migraine, d'épilepsie, d'asthme et d'entérite. *Société de Psychiatrie*. Séance du 19 janvier 1928.

## ASTHME ET CORYZA SPASMODIQUES

LERMOYEZ. — Coryza spasmodique « a frigore ». Manifestation de colloïdoclasie. Crise hémoclasique provoquée par le froid, 1921. *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*. Séance du 22 juillet 1921.

— (*Même séance*). — Recherche spariétale de la crise hémoclasique dans le rhume des foins, par inhalation de pollen. La cuti-réaction pollinique. Etude des réactions locales et générales. 1921.

PASTEUR, VALLERY et RADOT. — *Le Coryza spasmodique équivalent de l'asthme* (d'après 188 observations). 15 juillet 1932).

HAÏBE. — Les équivalents de l'asthme. *Académie Royale de Belgique*. 3 mars 1935.



## TABLE DES MATIERES

|                                                          |    |
|----------------------------------------------------------|----|
| Introduction .....                                       | 9  |
| Historique .....                                         | 11 |
| Résultats cliniques : Observations .....                 | 17 |
| Etiologie et Pathogénie de ces différentes affections .. | 39 |
| Etude du choc anaphylactique .....                       | 39 |
| Traitement .....                                         | 53 |
| Conclusions .....                                        | 57 |
| Bibliographie .....                                      | 59 |



IMPRIMERIE SPÉCIALE  
DE  
MM. VIGOT Frères





